

# Validación de la versión española: Expectativas y Conocimiento Recibido del Paciente Hospitalizado

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la validez y la fiabilidad de la versión española del instrumento Expectativas y conocimiento recibido del paciente hospitalizado (ECPH/CRPH) en pacientes con osteoartritis intervenidos de artroplastia total de rodilla. **Material y métodos:** el proceso de validación siguió las recomendaciones internacionales: validez de contenido, validez de constructo, validez de criterio y fiabilidad. Un total de 248 pacientes que debían intervenir de artroplastia total de rodilla en 5 hospitales públicos españoles contestaron la ECPH antes de ser hospitalizados y 220 pacientes contestaron el CRPH al darles el alta hospitalaria. **Resultados:** el análisis factorial confirmó las dimensiones de la escala original para el conocimiento recibido, pero no en la escala para las expectativas. La correlación de las dimensiones de la ECPH con la Escala de Opinión de la Salud de Krantz (KHOS) y la correlación de las dimensiones de la CRPH con la Escala de Acceso a la Información (AKS) indicaron la validez de criterio mostrando unas relaciones positivas. Los resultados señalaron buena fiabilidad con valores de alfa Cronbach elevados. **Conclusión:** el proceso de validación indica que la versión española del ECPH/CRPH es un instrumento válido y fiable para medir las expectativas y el conocimiento recibido en pacientes quirúrgicos en el contexto español.

## PALABRAS CLAVE

Educación en salud; conocimiento; estudios de validación; osteoartritis; enfermería ortopédica (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.3.6

### Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Cano-Plans S, Lacueva-Pérez L, Cabrera-Torres E, Zabalegui A. Validación de la versión española de la escala: Expectativas y Conocimiento Recibido del Paciente Hospitalizado. 2017; 17(3): 292-304. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.3.6

1 orcid.org/0000-0002-1317-0565. Jaume I University, España. al282316@uji.es

2 orcid.org/0000-0003-3817-1676. Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, España. LLacueva@parcdesalutmar.cat

3 orcid.org/0000-0002-7353-0542. Tecno Campus, University Pompeu Fabra, España. ecabrera@tecnocampus.cat

4 orcid.org/0000-0003-1205-399. Hospital Clínic of Barcelona, España. azabalegui@clinic.ub.es

Recibido: 12 de agosto de 2015

Enviado a pares: 23 de septiembre de 2015

Aceptado por pares: 9 de noviembre de 2016

Aprobado: 23 de noviembre de 2016

# *Validation of the Spanish Version: Expectations and Knowledge Received in the Hospitalized Patient*

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of the study was to assess the validity and reliability of the Spanish version of Expectations and Received Knowledge in the Hospitalized Patient (ECPH / CRPH), specifically among patients with osteoarthritis who are undergoing total knee arthroplasty. **Material and methods:** The validation process followed international recommendations in terms of content validity, construct validity, criterion validity and reliability. A total of 248 patients who were about to undergo total knee arthroplasty at five (5) Spanish public hospitals answered the ECPH before being hospitalized and 220 patients answered the CRPH when they were discharged. **Results:** Factor analysis confirmed the dimensions of the original scale for the knowledge received, but not with respect to the scale for expectations. The correlation of the ECPH dimensions with the Krantz Health Opinion Scale (KHOS) and the correlation of the CRPH dimensions with the Information Access Scale (AKS) indicated criterion validity, showing positive relationships. The results suggested good reliability with high Cronbach alpha values. **Conclusion:** The validation process showed the Spanish version of ECPH / CRPH is a valid and reliable instrument to measure the expectations and knowledge received in surgical patients in the Spanish context.

## KEYWORDS

Health education; knowledge; validation studies; osteoarthritis; orthopedic nursing (Source: DeCS, BIREME).

# Validação da versão espanhola do instrumento Expectativa e Conhecimento Recebido do Paciente Hospitalizado

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar a validade e a confiabilidade da versão espanhola do instrumento Expectativa e Conhecimento Recebido do Paciente Hospitalizado (ECPH/CRPH) em pacientes com osteoartrite submetidos à artroplastia total de joelho. **Métodos:** o processo de validação seguiu as recomendações internacionais: validade de conteúdo, validade de construto, validade de critério e confiabilidade. 248 pacientes que devem ser submetidos à artroplastia total de joelho em cinco hospitais públicos espanhóis responderam ao ECPH antes de serem hospitalizados, e 220 pacientes responderam ao CRPH ao ganharem alta. **Resultados:** a análise fatorial confirmou as dimensões da escala original para o conhecimento recebido, mas não na escala para as expectativas. A correlação das dimensões do ECPH com a Escala de Opinião da Saúde de Krantz (KHOS) e a correlação das dimensões do CRPH com a Escala de Acesso à Informação (AKS) indicaram a validade de critério e mostraram umas relações positivas. Os resultados indicam boa confiabilidade com valores de alfa Cronbach elevados. **Conclusões:** o processo de validação indica que a versão espanhola do ECPH/CRPH é um instrumento válido e confiável para medir as expectativas e o conhecimento recebido em pacientes em regime de internamento no contexto espanhol.

## PALAVRAS-CHAVE

Conhecimento; educação em saúde; enfermagem ortopédica; estudos de validação; osteoartrite (Fonte: DeCS, BIREME).

## Introducción

El aumento de la esperanza de vida ha conllevado una gran prevalencia de enfermedades crónicas, entre ellas la osteoartritis (OA). Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida del cartílago de las articulaciones; causa dolor y pérdida funcional, sobre todo en rodillas y caderas, y afecta al 9,6% de los hombres y al 18% de las mujeres mayores de 60 años a nivel mundial. La prevalencia de osteoartritis se incrementa con la edad, y es mayor en mujeres que en hombres; aunados a la edad y sexo femenino otros factores de riesgo incluyen obesidad, traumatismo, factores genéticos, mecánicos y relacionados con la ocupación, así como cirugías previas (1, 2). Se calcula que 242 millones de personas en el mundo padecen artrosis, y que esta enfermedad genera un importante impacto en la salud y en la capacidad funcional de la persona que la padece. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una de las diez enfermedades que más discapacidades causan en el mundo. Con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, la OA se ha convertido en la cuarta causa de morbilidad en el mundo (3). Dentro de estas, las enfermedades reumatológicas se encuentran entre las causas más frecuentes de morbilidad, incapacidad y utilización de servicios de salud (4). En este contexto, la artrosis se transforma en una preocupación especial sobre todo en países de Latinoamérica (5), que la señala como la segunda patología más diagnosticada (6), además de producir molestia y limitación funcional en adultos (7). En España, la esperanza de vida ha aumentado más rápido que en muchos otros países de la Unión Europea (83,2 años) (8), y la prevalencia de OA es de 16,59% para la población general (9, 10). Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico en Europa (OECD), el reemplazo de la articulación se considera la mejor opción para los pacientes que sufren de OA severa y sintomática (9), se consigue una mejora funcional casi completa, con el aumento de la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes (10, 11).

En los últimos años ha habido un gran incremento de cirugías ortopédicas y, a la vez, una disminución de las estancias hospitalarias, lo que ha provocado una reducción del tiempo para la educación sanitaria durante el ingreso de los pacientes (12, 13). El postoperatorio de cirugías ortopédicas conlleva limitaciones tanto físicas como funcionales que provocan un cambio en la vida diaria de los pacientes y esto les genera grandes necesidades de información y educación que esperan recibir para poder afrontar la nueva situación y conseguir así la máxima recuperación posible

(14, 15). Esto nos obliga a plantear nuevos enfoques en la educación al paciente y en su participación en la toma de decisiones de su proceso de salud (15).

La educación al paciente se considera una de las bases de la atención. La educación impartida por enfermería durante la hospitalización se describe como un conjunto de actividades planificadas para conseguir un cambio en el conocimiento, los comportamientos y las actitudes del paciente relacionadas con la nueva situación de salud (16, 17). El objetivo final de esta educación debería ser ayudar al paciente en su empoderamiento (17).

El empoderamiento, como un proceso en el que los individuos ganan maestría y control sobre sus vidas, fue definido por primera vez en el año 1973 por el educador brasileño Paulo Freire (18). Esta definición continúa vigente y se ha ido adaptando en las diferentes áreas y aspectos de la persona. En el ámbito de la salud se habla de *Empowering Patient Education*, para referirse a la educación encaminada a incentivar que los pacientes tomen el control de su propio proceso de salud (19). El proceso de empoderamiento varía según la persona, el contexto y el tiempo, por tanto, antes de planificar cualquier estrategia educativa sanitaria necesitamos conocer a nuestros pacientes y su situación (20). No es posible proporcionar una educación que ayude al enfermo a capacitarse solo con programas estándares ya que, algunas veces, el punto de vista de los profesionales sanitarios no corresponde con las necesidades de conocimiento del paciente. Se asume que cuando se cumplen las expectativas de conocimiento con la información proporcionada se genera conocimiento nuevo el cual posibilita el proceso de toma de decisiones del paciente (21, 22).

Según la revisión de la literatura, existen distintos instrumentos que miden el empoderamiento en salud (23), pero solo la doble escala Expectations and Received Knowledge Hospital Patient (24, 25), llamada en español Expectativas y Conocimiento Recibido del Paciente Hospitalizado (ECPH/CRPH), permite evaluar si se han alcanzado las expectativas de conocimiento del paciente durante su hospitalización según el marco conceptual de la educación empoderadora (26). Este doble instrumento surge de las teorías sociales-psicológicas y constructivas aplicadas al empoderamiento de los pacientes a través de la educación (27). La ECPH/CRPH fue creada originalmente en Finlandia, para pacientes con esclerosis múltiple (25), y más tarde fue utilizada para pacientes quirúrgicos (28-30). La validez y la fiabilidad han sido demostradas en los diversos estudios previos.

La ECPH/CRPH se considera una doble escala porque con los mismos contenido y preguntas, en un primer tiempo permite evaluar las expectativas de conocimiento que tienen los pacientes antes de ingresar en el hospital (ECPH) y, en un segundo tiempo, es decir, en el momento del alta hospitalaria, con la misma escala se puede evaluar el conocimiento recibido durante la hospitalización (CRPH). Por ello, tanto las expectativas como los conocimientos se evalúan con los mismos 40 ítems (preguntas) divididos en 6 dimensiones o categorías: biofisiológica (preguntas 1 a 8, sobre enfermedad, síntomas, pruebas, tratamientos y complicaciones), funcional (preguntas 9 a 16, sobre movilidad, reposo, nutrición e higiene corporal), de experiencia (preguntas 17 a 19, sobre sentimientos y experiencias), ética (preguntas 20 a 28 sobre derechos, deberes, participación en la toma de decisiones y confidencialidad), social (preguntas 29 a 34, sobre cuidadores, personas de soporte y organizaciones de pacientes) y económica (preguntas 35 a 40 sobre los costes). Las preguntas se puntuaban según una escala de Likert de cuatro puntos (1 = Completamente en desacuerdo, 4 = Completamente de acuerdo, 0 = No aplicable en mi caso). A mayor puntuación, mayor conocimiento recibido por parte de los pacientes.

Este estudio forma parte de un proyecto europeo sobre educación empoderadora en pacientes con osteoartritis en un contexto quirúrgico (31). El objetivo del actual estudio fue evaluar la validez y la fiabilidad de la versión española de la doble escala ECPH/CRPH en pacientes con OA operados de artroplastia total de rodilla (ATR).

## Materiales y métodos

### *Diseño del estudio y recolección de datos*

Estudio multicéntrico, longitudinal y descriptivo para validar la versión española de la doble escala Expectations and Received Knowledge Hospital Patient (ECPH/CRPH). Se utilizó un muestreo no probabilístico consecutivo, reclutando todos los pacientes que ingresaban programados para una intervención quirúrgica de ATR en cinco hospitales públicos españoles.

Antes del ingreso en el hospital para ser intervenidos, los participantes cumplimentaron un cuestionario con datos sociodemográficos, la versión española de la escala de expectativas de conocimiento (ECPH) y la escala de opinión de salud de Krantz (KHOS). Y en el momento del alta hospitalaria, el cuestionario constaba de

datos sociodemográficos, la versión española de conocimiento recibido (CRPH) y la escala de acceso al conocimiento (AKS).

La inclusión de los participantes y la recolección de datos fue llevada a cabo según el criterio de los profesionales de enfermería responsables de los pacientes en cada centro y que previamente habían recibido formación e información sobre el proyecto. El periodo de recolección fue entre junio de 2011 y diciembre de 2012.

### *Participantes*

Según las recomendaciones (32) de incluir cinco participantes por ítem de la escala, el tamaño muestral necesario para este estudio fue de 200 participantes. Teniendo en cuenta la posible pérdida de la muestra, se decidió incluir 250 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, comprensión del español, no presentar problemas cognitivos, ser capaz de cumplimentar el cuestionario con o sin ayuda, e indicación de la cirugía primaria por OA. El criterio de exclusión fueron las cirugías no programadas. Los pacientes incluidos en el estudio siguieron los protocolos de admisión y educación propios de cada hospital.

### *Traducción y retrotraducción del instrumento original*

El proceso de traducción y retrotraducción siguió las directrices utilizadas para este tipo de estudios (32, 33). Dos traductores bilingües y biculturales, con amplia experiencia en el campo sanitario, y cuya lengua materna era el inglés, fueron seleccionados para traducir de forma separada e independiente el instrumento del inglés al español. Las dos versiones traducidas se compararon con el original por los miembros del equipo de investigación para resolver las ambigüedades y discrepancias con los traductores y obtener una versión española preliminar. Seguidamente, esta versión preliminar fue retrotraducida al idioma original (inglés) por otros dos traductores independientes. Una vez más, los miembros del equipo de investigación compararon las dos versiones por si había incoherencias y, al no encontrarse, se aprobó la versión española final de la ECPH/CRPH. Después de un consenso de la gramática y la adaptación cultural, tan solo dos ítems necesitaron ser modificados.

La versión final del cuestionario se pilotó con 10 participantes (muestra de expertos y pacientes) para confirmar la claridad de las instrucciones y los elementos, y a su vez, justificar la validez

de contenido. Este cuestionario mostró una buena adaptación y comprensión sin necesidad de realizar más cambios.

### **Análisis estadístico y propiedades psicométricas**

Para la adaptación al español de la ECPH/CRPH se estudió la validez de constructo, la validez de criterio y la fiabilidad.

La validez de constructo es el grado en que un instrumento mide lo que se pretende medir. Se realizaron los test de Bartlett y de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para demostrar la idoneidad de la muestra y justificar la exploración del análisis factorial exploratorio. El análisis factorial utilizando la rotación Varimax se realizó para confirmar las 6 dimensiones que definen los 40 ítems del instrumento original. El criterio utilizado para determinar las dimensiones fue de un mínimo de 1,00.

Para la validez de criterio se exploró, por un lado, la correlación de las dimensiones de la ECPH con una subescala de la Krantz Health Opinion Survey (KHOS) (34) y, por el otro, la correlación de las dimensiones de la CRPH con la Acces Knowledge Scale (AKS) (35). La KHOS es un instrumento ampliamente utilizado (36-40) que consta de dos subescalas: preferencias de información (7 ítems) y conducta participativa (9 ítems). La subescala de Preferencias de la Información (KHOS\_1) hace referencia a la tendencia de los pacientes a buscar de manera activa información relacionada con la salud y la participación en las decisiones relacionadas con el tratamiento. Esta subescala utiliza una puntuación binaria de Sí/No. La puntuación máxima total es de 16:7 en la KHOS\_1. A mayor puntuación mayor interés en buscar información.

La AKS está formada por 8 ítems de la Good Nursing Care Scale, la cual evalúa la calidad de los cuidados y ha sido utilizada y validada en diferentes contextos y culturas (41, 42). Los 8 ítems de la AKS evalúan la manera como las enfermeras y los médicos responden a las preguntas de los pacientes y justifican sus acciones. Cada ítem se puntúa con una escala Likert 4, desde 1 = totalmente en desacuerdo hasta 4 = totalmente de acuerdo; el 4 indica la mejor calidad posible. La puntuación total es el resultado de los 8 ítems, los cuales fueron tratados como una escala.

Para analizar la fiabilidad se midió su consistencia interna para toda la escala y para cada una de las dimensiones de la versión española ECPH/CRPH. Para ello se utilizó el rango de correlación de Spearman y se consideró aceptable un coeficiente alfa de Cronbach de al menos 0,80.

Para este estudio se incluyeron solo los cuestionarios que fueron contestados como mínimo en el 50 % de los ítems. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, U/SA).

### **Consideraciones éticas**

El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del Hospital Clínic de Barcelona (expediente # 2010/5955 \*2010/5915) y el resto de los hospitales españoles participantes en el estudio (Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Hospital Universitario de Bellvitge y Hospital de l'Esperança). Durante todo el estudio se aplicaron los principios éticos para la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki (2008). Los pacientes fueron informados sobre el propósito y los procedimientos del estudio y los principios de voluntariedad y confidencialidad. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los pacientes antes de cumplimentar el cuestionario.

## **Resultados**

### **Características de los participantes**

De los 250 participantes incluidos inicialmente, 2 fueron excluidos en la primera recolección del estudio por haber respondido menos del 50 % de los ítems del cuestionario, y en la segunda recolección hubo una pérdida del 12%. Finalmente, la muestra compuesta por pacientes quirúrgicos de 5 hospitales públicos españoles fue de 248 para la primera recolección y de 220 para la segunda. La mediana de edad fue de 70,2 años (DE 8,6) y la mayoría eran mujeres, jubiladas, con un bajo nivel educativo y con patologías crónicas asociadas. Los pacientes estuvieron 7,6 días de media en el hospital. Un 80 % de los participantes habían estado ingresados previamente en el mismo hospital, y solo el 7 % eran o habían sido trabajadores en el ámbito sanitario o social. La mayoría fueron a sus domicilios tras el alta hospitalaria y el 4,8 % fueron trasladados a otro centro sociosanitario para su rehabilitación. Solo el 7,9 % de los participantes tuvieron una experiencia hospitalaria diferente de la que esperaban antes del ingreso. Todas las variables sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

### **Validez de constructo**

El test de Bartlett, que valora la homogeneidad de las variancias de la muestra, fue estadísticamente significativo para las dos

escalas ( $p < 0,001$ ), y el test de KMO (0,920 para ECPH y 0,942 para CRPH) indicó que el tamaño de la muestra era más que suficiente para el estudio; estas dos pruebas justificaron la realización del análisis factorial en las dos escalas. El análisis factorial con rotación Varimax reveló 7 factores con valor  $> 1$ , que explican el 73,7% de la varianza para la ECPH, y 6 factores con valor  $> 1$  que explican el 73,4% de la varianza para la CRPH (tabla 2).

La interrelación entre las dimensiones fue de moderada a alta, tanto para la ECPH ( $r = 0,47-0,82$ ) como para la CRPH ( $r = 0,56-0,84$ ). Como muestra la tabla 3, las correlaciones entre los ítems indican que la escala mide conceptos muy similares, a excepción de la dimensión económica, que tiene una relación significativa pero moderada tanto en la ECPH ( $r = 0,48-0,68$ ) como en la CRPH ( $r = 0,56-0,76$ ).

### **Validez de criterio**

La escala ECPH y la subescala KHOS\_I tienen una relación positiva en todos sus componentes, con una significación en la mitad de las dimensiones y en el total de la escala. En el caso de la escala de conocimiento recibido, la variable externa AKS resultó estar relacionada de manera significativa y positiva en todas las dimensiones y en el total de la escala CRPH (tabla 4).

### **Fiabilidad**

Los valores del alfa de Cronbach fueron altos tanto para los totales de las escalas (0,961 en la ECPH y 0,973 en la CRPH), como para cada dimensión del conocimiento, estos oscilaron (entre 0,764 y 0,953 en la ECPH y entre 0,811 y 0,959 en la CRPH). Estos resultados indican una buena fiabilidad de la versión española de la doble escala ECPH/CRPH (tabla 5).

## **Discusión**

Los resultados del estudio sugieren que la versión española de la doble escala ECPH/CRPH es un instrumento con buenas propiedades psicométricas, válido y fiable para medir tanto las expectativas de conocimiento como el conocimiento que han recibido los pacientes operados de artroplastia de rodilla durante su ingreso hospitalario. Mediante el método de traducción y retrotraducción se consiguió una versión española del instrumento que resultó conceptualmente equivalente al original, y cuya utilización para estudios en el contexto español es factible y comprensible para los pacientes.

Las 6 dimensiones de la escala original fueron confirmadas para la CRPH y en el caso de la ECPH resultaron 7 dimensiones con el estudio del análisis factorial, una dimensión más de la esperada y la cual no se tuvo en cuenta para el resto de análisis. Las diferentes dimensiones tuvieron una relación demasiado estrecha en ambos casos para poder confirmar que medían distintos constructos exceptuando la dimensión económica. Aun así, el interés del estudio por evaluar las expectativas y el conocimiento general recibido del paciente hospitalizado se da por válido, ya que el constructo general es la información, independientemente de cómo se estructure. La dimensión económica, tanto para la ECPH como para la CRPH, sí obtuvo unos valores de correlación que justificaban una subescala diferenciada del resto, este hecho se podría explicar ya que el contexto del estudio fue en un sistema sanitario público donde no existe coste directo para el paciente, y, por tanto, los pacientes no tienen por qué esperar para recibir información sobre temas económicos.

De igual forma, en la validez de criterio de la escala, que fue satisfactoria en su totalidad, se obtuvo una relación positiva entre las expectativas de conocimiento y las preferencias de información, pero en menor puntuación en la dimensión económica. Sí lo hizo en las dimensiones biofisiológica, de experiencia y ética. Con los resultados se confirma que a mayor expectativas de conocimiento por parte de los pacientes, mayor interés de estos en buscar información sobre su estado de salud, tratamientos, posibles complicaciones, sintomatología y participación en la toma de decisiones.

En cuanto al conocimiento recibido se observó una significativa y positiva relación con el nivel de acceso a la información, lo cual demuestra que los pacientes que tienen la percepción de un mayor acceso a esta por parte de los profesionales sanitarios durante la hospitalización generan un mayor conocimiento. Información no es sinónimo de conocimiento. El paciente ha de recibir la información adecuada en el momento y contexto adecuados para que se genere nuevo conocimiento (19, 21). Este hecho es el que confirma que una educación sanitaria encaminada a dar apoyo al proceso de empoderamiento del paciente no puede darse de manera estandarizada, sino que debe personalizarse.

La consistencia interna fue alta en ambas escalas, tanto para la escala en general como para las diferentes dimensiones que las conforman. Los valores del alfa de Cronbach son comparables con los referidos por otros autores que utilizaron este doble instrumento.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de la muestra

|  | n   | %    | Promedio (DE) |
|--|-----|------|---------------|
| <b>Sexo</b>  |     |      |               |
| Mujer  | 176 | 72,7 |               |
| Hombre   | 66  | 27,3 |               |
| <b>Edad</b>  |     |      | 70,3 (8,6)    |
| <b>Educación</b>                                     |     |      |               |
| Básica o inferior                                    | 144 | 61,8 |               |
| Primaria   | 50  | 21,5 |               |
| Secundaria   | 39  | 16,7 |               |
| <b>Educación superior</b>                            |     |      |               |
| Ninguna  | 162 | 80,6 |               |
| Ciclo formativo                                      | 22  | 10,9 |               |
| Diplomatura universitaria                            | 8   | 4    |               |
| Licenciatura universitaria                           | 8   | 4    |               |
| Máster o doctorado universitario                     | 1   | 0,5  |               |
| <b>Estado laboral</b>                                |     |      |               |
| Empleado   | 29  | 13,6 |               |
| Jubilado   | 118 | 55,1 |               |
| Ama/o de casa  | 62  | 29   |               |
| Desempleado  | 3   | 1,4  |               |
| Otros  | 2   | 0,9  |               |
| <b>Profesional sanitario o de servicios sociales</b> |     |      |               |
| Sí   | 17  | 7    |               |
| No   | 227 | 93   |               |
| <b>Otras enfermedades crónicas</b>                   |     |      |               |
| Sí   | 134 | 55,8 |               |
| No   | 106 | 44,2 |               |
| <b>Ingresos anteriores en el mismo hospital</b>      |     |      |               |
| Sí   | 199 | 80,2 |               |
| No   | 49  | 19,8 |               |
| <b>Días en el hospital</b>                           |     |      | 7,6 (1,48)    |
| < 5  | 1   | 0,5  |               |
| De 5 a 10  | 196 | 97   |               |
| >11  | 5   | 2,5  |               |
| <b>Destino al alta</b>                               |     |      |               |
| Casa   | 198 | 95,2 |               |
| Centro sanitario                                     | 10  | 4,8  |               |
| <b>Experiencia hospitalaria esperada</b>             |     |      |               |
| Sí   | 197 | 92,1 |               |
| No   | 17  | 7,9  |               |

Fuente: elaboración propia, 2013.

**Tabla 2.** Análisis factorial: varianza total explicada

| Escala ECPH |       |                  |             | Escala CRPH |       |                  |             |
|-------------|-------|------------------|-------------|-------------|-------|------------------|-------------|
| Factores    | Total | % de la varianza | % acumulado | Factores    | Total | % de la varianza | % acumulado |
| 1           | 16,71 | 41,82            | 41,82       | 1           | 20,2  | 50,51            | 50,51       |
| 2           | 4,81  | 12,03            | 53,85       | 2           | 3,57  | 8,93             | 59,44       |
| 3           | 2,35  | 5,87             | 59,72       | 3           | 1,66  | 4,16             | 63,6        |
| 4           | 1,77  | 4,41             | 64,13       | 4           | 1,56  | 3,9              | 67,5        |
| 5           | 1,49  | 3,73             | 67,86       | 5           | 1,28  | 3,2              | 70,7        |
| 6           | 1,15  | 2,9              | 70,75       | 6           | 1,08  | 2,7              | 73,4        |
| 7           | 1,02  | 2,55             | 73,3        |             |       |                  |             |

Fuente: elaboración propia, 2013. Método de extracción: máxima verosimilitud.

**Tabla 3.** Intercorrelación de las 6 dimensiones de las escalas ECPH y CRPH

| Dimensiones de la ECPH | Económica | Biofisiológica | Funcional | De experiencia | Ética   |
|------------------------|-----------|----------------|-----------|----------------|---------|
| Biofisiológica         | 0,477**   |                |           |                |         |
| Funcional              | 0,507**   | 0,818**        |           |                |         |
| De experiencia         | 0,554**   | 0,723**        | 0,820**   |                |         |
| Ética                  | 0,677**   | 0,656**        | 0,713**   | 0,731**        |         |
| Social                 | 0,592**   | 0,571**        | 0,716**   | 0,725**        | 0,743** |
| Dimensiones de la CRPH |           |                |           |                |         |
| Biofisiológica         | 0,585**   |                |           |                |         |
| Funcional              | 0,563**   | 0,836**        |           |                |         |
| De experiencia         | 0,604**   | 0,754**        | 0,766**   |                |         |
| Ética                  | 0,763**   | 0,781**        | 0,771**   | 0,834**        |         |
| Social                 | 0,720**   | 0,734**        | 0,710**   | 0,746**        | 0,842** |

Fuente: elaboración propia, 2013.  
Correlación de Spearman. \*\* p < 0,01

**Tabla 4.** Correlación de las dimensiones y total escala con variables externas

|                              | ECPH    | CRPH    |
|------------------------------|---------|---------|
| Dimensiones del conocimiento | KHOS_1  | AKS     |
| Biofisiológica               | 0,182** | 0,623** |
| Funcional                    | 0,087   | 0,683** |
| De experiencia               | 0,183** | 0,503** |
| Ética                        | 0,152*  | 0,535** |
| Social                       | 0,098   | 0,581** |
| Económica                    | 0,082   | 0,319** |
| Total escala                 | 0,143*  | 0,628** |

Fuente: elaboración propia, 2013.

\* p &lt; 0,05

\*\* p &lt; 0,01

**Tabla 5.** Fiabilidad de las dimensiones de las escalas ECPH y CRPH

| Dimensiones del conocimiento | ECPH          |                  | CRPH          |                  |
|------------------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
|                              | Promedio (DE) | Alfa de Cronbach | Promedio (DE) | Alfa de Cronbach |
| Biofisiológica               | 3,53 (0,88)   | 0,886            | 3,14 (1,11)   | 0,922            |
| Funcional                    | 3,34 (1,05)   | 0,932            | 3,20 (1,11)   | 0,902            |
| De experiencia               | 3,13 (1,22)   | 0,815            | 2,83 (1,28)   | 0,914            |
| Ética                        | 3,19 (1,17)   | 0,892            | 2,78 (1,31)   | 0,933            |
| Social                       | 3,35 (1,08)   | 0,764            | 3,10 (1,28)   | 0,811            |
| Económica                    | 3,29 (1,33)   | 0,953            | 2,89 (1,54)   | 0,959            |
| Total escala                 | 3,35 (1,09)   | 0,961            | 2,99 (1,26)   | 0,973            |

Fuente: elaboración propia, 2013.

En el estudio publicado más reciente, con una muestra de pacientes intervenidos de artroplastia, el alfa de Cronbach fue de 0,87 a 0,94 (ECPH) y de 0,89 a 0,91 (CRPH). Para completar el análisis de fiabilidad serían necesarios nuevos estudios que valoraran la reproducibilidad intrasujeto en nuestro contexto para evaluar la estabilidad temporal de la escala.

Este estudio tiene algunas limitaciones que merecen ser consideradas. Por un lado, la elección de los centros hospitalarios donde se recolectó la muestra no fue aleatoria, sino por conveniencia. Por otro lado, cabe mencionar que el estudio no tuvo en

cuenta los diferentes protocolos de educación a los pacientes establecidos en cada hospital.

## Conclusión

Las organizaciones sanitarias han pasado de estar centradas en los profesionales a poner el centro de su atención en los pacientes y sus expectativas. Las instituciones quieren conocer la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención que reciben, en particular sobre la información recibida. Para ello, es importante disponer de un instrumento de medida válido y fiable,

con buenas propiedades psicométricas, que explore los distintos componentes del proceso de información y toma de decisiones, y que mida las expectativas y el conocimiento que han recibido los pacientes durante la hospitalización. A mayores expectativas de conocimiento, mayor interés de los pacientes en buscar información sobre su salud y su tratamiento.

A partir de los resultados obtenidos en el estudio pueden surgir futuras investigaciones para profesionales de enfermería –que serían de gran interés en el ámbito de la salud– sobre los diferentes sistemas de evaluación de la información-educación de los pacientes quirúrgicos que refuerzan la autogestión en todo su proceso, y la estandarización de los cuidados de pacientes con osteoartritis con programas que faciliten su empoderamiento.

## Agradecimientos

El estudio ha sido posible gracias a la contribución de varias personas a quienes queremos agradecer su dedicación en el proyecto. Nuestra más sincera gratitud a Cristina Moreno, Teresa Faura, Núria Sapena, Agnès Nicolau, Olga Monistrol, Teresa Camps y Joan Manuel Verge.

**Fuentes de financiación:** este estudio recibió financiación del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (Registro: 3564/2010).

**Conflicto de intereses:** ninguno declarado.

## Referencias

1. Kaderli S. Development of novel hyaluronic acid-based viscosupplementation formulations for osteoarthrosis. 2014 [visitado 2017 jun 17]. Disponible en <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:42122>
2. Salazar-Guzmán I, Garfias-Rosas J. Mejoría clínica y de la calidad de vida a la aplicación de hilano GF-20 y colágeno-PVP en pacientes con artrosis de rodilla. *Rev. Esp. Med-Quir.* 2017 [visitado 2017 jun 17];22(1):14-21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47350389002.pdf>
3. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet.* 2015;385(9967):549-62.
4. Batlle-Gualda E, Casano V, Cortés JI. Las enfermedades del aparato locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. *Rev española.* 1998 [visitado 2017 jun 17]. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=10417153>
5. Leopold S, Redd B, Warme W, Wehrle P, Pettis PD. Shott reply. *JBJS.* 2004 [visitado 2017 jun 17]. Disponible en: [http://journals.lww.com/jbjsjournal/Citation/2004/04000/S\\_S\\_\\_Leopold,\\_B\\_B\\_\\_Redd,\\_W\\_J\\_\\_Warme,\\_P\\_A\\_\\_Wehrle,.43.aspx](http://journals.lww.com/jbjsjournal/Citation/2004/04000/S_S__Leopold,_B_B__Redd,_W_J__Warme,_P_A__Wehrle,.43.aspx)
6. Werner A, Leal H. Análisis de las interconsultas de pacientes nuevos recibidas en un policlínico de reumatología de un hospital terciario. *Rev Med Chil.* 2002 [visitado 2017 jun 17]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000700006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000700006&script=sci_arttext)
7. Clinica G. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada. 2007 [visitado 2017 jun 17]. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?q=Ministerio+de+Salud.+Gu%C3%ADa+Cl%C3%ADnica+Tratamiento+M%C3%A9dico+en+personas+de+55+a%C3%B1os+y+m%C3%A1s+con+artrosis+de+cadera+y%2F+rodilla%2C+leve+o+moderada.+Santiago%3A+MINSAL%2C+2007.+&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.es/scholar?q=Ministerio+de+Salud.+Gu%C3%ADa+Cl%C3%ADnica+Tratamiento+M%C3%A9dico+en+personas+de+55+a%C3%B1os+y+m%C3%A1s+con+artrosis+de+cadera+y%2F+rodilla%2C+leve+o+moderada.+Santiago%3A+MINSAL%2C+2007.+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5)
8. Indicators O. Health at a Glance 2011. OECD Indic OECD Publ Paris DOI . 2015 [visitado 2017 jun 17]. Disponible en: [http://www.patients-rights.org/uploadimages/FULL\\_REPORT.pdf](http://www.patients-rights.org/uploadimages/FULL_REPORT.pdf)
9. Spanish Society of Rheumatology. Informes estadísticos. 2014 [visitado 2016 jun 14]. Disponible en: [http://www.ser.es/actualidad/Informes\\_Estadisticos.php?lugar=&enfermedad=2&buscar=Ver+informe](http://www.ser.es/actualidad/Informes_Estadisticos.php?lugar=&enfermedad=2&buscar=Ver+informe)
10. Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompert A, Brugulat P, et al. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gac Sanit.* 2012;26(1):30-6.

11. OECD. Health at Glance 2013 . 2013 [visitado 2016 jun 14]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
12. Mariconda M, Galasso O, Costa GG, Recano P, Cerbasi S. Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term follow-up study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:222.
13. Aiken LH, Sermeus W, van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717.
14. Stark ÅJ, Ingadottir B, Salanterä S, Sigurdardottir A, Valkeapää K, Bachrach-Lindström M, et al. Fulfilment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement: A multi-national survey. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(11):1491-9.
15. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ*. 2014;94(3):291-309.
16. Bastable S. *Essentials of patient education*. Burlington (MA): Jones&Barlett Publishers; 2016.
17. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Heal Expect*. 2014;17(3):303-10.
18. Freire P. *Pedagogy of the oppressed* (Rev. ed.). New York: Contin; 1993/1970.
19. Castro E, Regenmortel T Van, Vanhaecht K. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ*. 2016;99(12):1923-1939.
20. Prigge J, Dietz B, Homburg C, Hoyer W. Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedents and consequences. *Int J*. 2015;32(4):375-386.
21. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(1):158-161.
22. Ryhänen AM, Rankinen S, Siekkinen M, Saarinen M, Korvenranta H, Leino-Kilpi H. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: A randomised control trial. *Patient Educ Couns*. 2012;88(2):224-31.
23. Herbert RJ, Gagnon AJ, Rennick JE, O'Loughlin JL. A systematic review of questionnaires measuring health-related empowerment. *Res Theory Nurs Pract*. 2009;23(2):107-32.
24. Leino-Kilpi H, Jaana V. The patient's perspective on nursing quality: developing a framework for evaluation. *Int J Qual Heal Care*. 1994;6(1):85.
25. Leino-Kilpi H, Luoto E, Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs*. 1998;30(2):116-23.
26. Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H, Salanterä S. Patient education and health-related quality of life: Surgical hospital patients as a case in point. *J Nurs Care Qual*. 2005;20(4):307-16.
27. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):277-82.
28. Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H, et al. Expectations and received knowledge by surgical patients. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(2):113-9.
29. Anastasios M, Aggeliki A, Evridiki P, Evdokia A, Maria H, Michail R, et al. Satisfaction of surgical patients in the cyprus governmental hospitals. *Nurs Care Res kai Ereun*. 2011;(31).
30. Klemetti S, Leino-Kilpi H, Cabrera E, Copanitsanou P, Ingadottir B, Istomina N, et al. Difference between received and expected knowledge of patients undergoing knee or hip replacement in seven european countries. *Clin Nurs Res*. 2014;24(6):624-643.
31. ESOPTE. Empowerment surgical orthopaedic patients through education. Finland: University of Turku; 1998 [visitado 2016 jun 14]. Disponible en: <http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/epe/research/postdoc/Pages/eepo.aspx>.
32. Muñoz J, Elosua P, Hambleton R. International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation. *Psicothema*. 2013;25(2):151-157.

33. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-74.
34. Krantz DS, Baum A, Wideman M V. Assessment of preferences for self-treatment and information in health care. *J Pers Soc Psychol.* 1980;39(5):977-90.
35. Valkeapää K, Klemetti S, Cabrera E, Cano S, Charalambous A, Copanitsanou P, et al. Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey. *Int J Nurs Pract.* Wiley Online Library; 2014;20(6):597-607.
36. Zhang Y, Sun Y, Kim Y. The influence of individual differences on consumer's selection of online sources for health information. *Comput Human Behav.* 2017;67:303-12.
37. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sanchez-Siles M. Patient information preferences and behaviour in relation to oral biopsies. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50(8):e115-8.
38. Klemetti S, Leino-Kilpi H, Charalambous A, Copanitsanou P, Ingadottir B, Istomina N, et al. Information and control preferences and their relationship with the knowledge received among european joint arthroplasty patients. *Orthop Nurs.* 2016;35(3):174-82.
39. Le T, Chaudhuri S, White C, Thompson H, Demiris G. Trust in health information sources differs between young/middle and oldest old. *Am J Heal Promot.* 2017;28(4):239-41.
40. Nilsson UG, Ivarsson B, Alm-Roijer C, Svedberg P. Behavioral involvement and preference for information among male and females with cardiac disease. *Open J Nurs.* 2012;2(2):138-42.
41. Zhao SH, Akkadechanunt T, Xue XL. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *J Clin Nurs.* 2009;18(12):1722-8.
42. Donmez YC, Ozbayır T. Validity and reliability of the "good perioperative nursing care scale" for Turkish patients and nurses. *J Clin Nurs.* 2011;20(1-2):166-74.